



**COSEPA**  
**Boletín**  
**mensual**



**Comisión de Seguridad del Paciente y Prevención Del Error en la Asistencia**

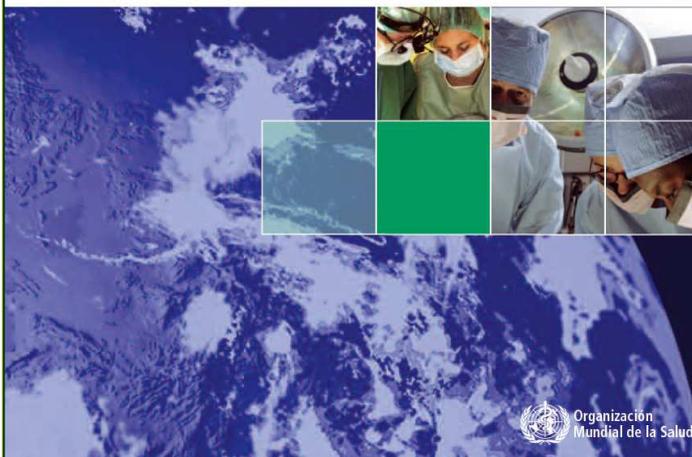
**Boletín N° 5 / SEGURIDAD QUIRURGICA / cosepa.comero.rocha@gmail.com / Julio 2012**

**B I E N V E N I D O S**

ALIANZA MUNDIAL PARA  
 LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

**LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS**

SEGUNDO RETO MUNDIAL POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



Organización  
 Mundial de la Salud

**COOPERATIVA MEDICA DE ROCHA**

**COMIENZA EL CAMINO PARA LA CERTIFICACION DE CALIDAD DE SUS SERVICIOS A TRAVES DE QRInt.**



**CONTENIDO:**

PORTADA	1
NOVEDADES	2
SEGURIDAD QUIRURGICA	3-7
Experiencia Internacional en Seguridad Quirúrgica	6-7
Traspaso de Paciente Uso de Herramienta SAER	8-9
Protocolo para el Cuidado del Paciente con Drenaje de Tórax	10-11
Integración, contacto, temas de próxima edición	12



**COMO NOS  
 VEMOS,  
 NOS VEN**



**Nuestra imagen debe ser vista de una manera adecuada por eso el compromiso de todos es cuidarla.**

Esta publicación se realiza exclusivamente para distribución interna en la Cooperativa Médica de Rocha.  
 Diseño y armado Dr. Fernando Ravera.

## NOVEDADES



### **REUNION CON COSEPAS DE FEMI DE LA REGIONAL ESTE**

El día miércoles 11 de julio, concurrimos

al Departamento de Treinta y Tres, a la Filial FEMI de esa localidad, en donde mantuvimos una reunión con los encargados de Las COSEPAS de la región. En esa oportunidad participaron todos los departamentos de la regional, Treinta y Tres, Maldonado, Minas, Cerro Largo y Rocha.

La reunión fue muy propicia para el intercambio de experiencias, ya que todas estas actividades son nuevas para todos.

Se propuso a partir de la fecha, tratar de ser más fluidos en los intercambios, ya que a todos nos sirve, avanzar juntos en los diferentes temas, y compartir cada una de las experien-

cias que vamos realizando, a fin de que podamos ir recorriendo un mismo camino hacia la mejoría de la calidad de nuestras instituciones.

Queda planteada una nueva reunión para el mes de Agosto, con fecha y lugar a definir, y ya se planteó realizar reuniones mensuales de coordinación.

Luego de la reunión participamos de un nutrido almuerzo.

Agradecemos por este medio la atención recibida por los integrantes de IAC.

## Hacia la mejora de la Calidad Asistencial

La Cooperativa Médica de Rocha, comenzó el trabajo de análisis y planeamiento de actividades, en relación a la auditoría realizada por la Quality Resources Internacional.

El informe de la Auditora, es sumamente extenso, comprende el análisis de las actividades asistenciales en

### **1. Estándares Clínicos y Operacionales, que comprende:**

- Acceso a la Atención Clínica
- Seguridad en Cuidados Clínicos
- Evaluación de Pacientes
- Seguridad Quirúrgica
- Control y Prevención de Infecciones
- Servicios de Diagnóstico
- Derechos del Paciente

### **2. Gestión de la Planta Física, que**

### **comprende:**

- Seguridad de las instalaciones
- Manejo Seguro de la Información Clínica
- Documentación y Credencialización de los Profesionales
- Liderazgo y Administración

### **3. Objetivos Básicos para la Seguridad del Paciente**

### **4. Revisión de Historia Clínica**

Existen en cada uno de los ítems un promedio de 57 estándares, que en su mayoría hay que trabajarlos, para mejorarlos. Por ese motivo, comenzamos a mandar a los diferentes encargados de los diferentes servicios, correos electrónicos, con los informes parciales de acuerdo al servicio que representan, para que se vayan inte-

riorizando, estudiándolos, para comenzar con las reuniones de trabajo.

La idea, es que todos y cada uno de las personas que se desempeñan en la Institución, deben aprender, comprender, y asumir, la cultura de la seguridad, y adoptarla como forma de trabajo diario. El camino es muy largo, difícil, con mucho estudio y trabajo, en actividades que no son puramente asistenciales, pero seguramente, una vez que se comience se seguirá indefectiblemente.

Esperamos de todos y cada uno; médicos, técnicos, enfermeros, auxiliares y usuarios, la colaboración y el compromiso, sin los cuales, no puede haber cambio posible.

## Mejora del Centro de Tratamientos Oncológicos.

En el marco del permanente trabajo que desarrolla la Cooperativa Médica de Rocha, para mejorar la calidad asistencial que brinda a sus afiliados, ha mejorado el Centro de Tratamiento Oncológico. El mismo funciona en el anexo ubicado en las calles Eliseo Marzol Esquina Treinta y Tres, consta de un lugar más amplio, en donde el paciente oncológico dispone de mayor espacio y comodidad para re-

cibir los tratamientos, sillones reclinables cómodos, aire acondicionado, y Televisor. A su vez para mejorar y disponer de mayor seguridad en el manejo, y preparación de la quimioterapia ha adquirido, instalado y puesto en funcionamiento una cámara de flujo laminar de alto costo.

La misma es un dispositivo de aislamiento para la preparación y manipu-

lación de la medicación de uso oncológico, con lo que se logra mejorar la calidad de la preparación, evitar contaminar el medio ambiente, y da al personal un uso seguro de los medicamentos.

A su vez se ha dispuesto una reorganización del personal del servicio, y se está tratando de centralizar los tratamientos del Departamento.

# SEGURIDAD QUIRURGICA

## Aspectos Generales, Cultura Organizacional, Trabajo en Equipo

### SEGURIDAD QUIRURGICA

La seguridad en el quirófano requiere una participación multidisciplinaria. Los cirujanos, anestesistas, enfermeras, instrumentadoras, ingenieros, gerentes de la institución y pacientes deben trabajar juntos para brindar la atención más segura posible. Las organizaciones que colocan la seguridad en primer lugar y que estimulan a su personal a trabajar juntos en la implementación y cumplimiento de normas que disminuyan los riesgos ofrecerán un ámbito de quirófano seguro que cumpla con las expectativas de los pacientes y sus familiares. Los equipos quirúrgicos habitualmente se enfrentan a los desafíos impuestos por el sofisticado instrumental que utilizan, por la necesidad de transmitir rápidamente información crítica, por la naturaleza cambiante de la condición del paciente y por la incertidumbre inherente a toda cirugía. A su vez, los miembros del equipo pueden conocer muy poco acerca del otro o desconocer las necesidades de un paciente o procedimiento determinado. Como consecuencia de esto cuando el personal quirúrgico no se comunica eficientemente puede perderse, olvidarse o malinterpretarse información crítica que pone en peligro la seguridad del paciente.

### CULTURA ORGANIZACIONAL

Para que una comunicación sea efectiva la misma debe ser completa, precisa, no ambigua y claramente comprendida. Es imposible tener una comunicación de este tipo en quirófano si la cultura de la organización no valora, apoya y requiere una comunicación abierta y honesta. Tradicionalmente los médicos, especialmente los cirujanos, han sido entrenados para pensar más como individuos "solistas" que como miembros de un equipo. Sin embargo, la seguridad del paciente requiere de un abordaje en el cual individuos con diferente formación trabajen juntos, compartan información y coordinen sus esfuerzos para brindar una atención

óptima. Los equipos altamente efectivos no permiten que barreras jerárquicas pongan en peligro la seguridad. Cuando se enfatizan las diferencias de jerarquía la gente en la base de la pirámide suele sentirse incómoda o directamente temerosa de expresar problemas o preocupaciones. Las conductas groseras, agresivas o intimidantes por parte de aquellos individuos que están en el vértice de la jerarquía ponen en peligro la comunicación haciendo que esa persona parezca inabordable.

Si bien los equipos altamente efectivos no deben tener jerarquías muy rígidas, sí deben tener un líder. La diferencia entre "jefe" y "líder" puede parecer muy sutil, pero es la que posiblemente marque el éxito del equipo.

### ALENTANDO EL TRABAJO EN EQUIPO

Los equipos altamente efectivos se caracterizan por la confianza, el respeto y la colaboración. Los miembros del equipo priorizan la familiaridad por sobre la formalidad y se ayudan unos a otros para evitar equivocaciones. Para estimular este abordaje en la atención médica las instituciones pueden seguir distintas acciones, entre ellas:

1. Utilizar herramientas de comunicación estructuradas que eliminen las jerarquías
2. Brindar feedback a los cirujanos
3. Capacitar en trabajo de equipo
4. Enfrentar comportamientos conflictivos

#### 1. Herramientas de Comunicación Estructurada

Cuando un equipo debe comunicarse información compleja en un corto período de tiempo y la falta de comunicación o la mala interpretación pueden tener severas consecuencias, suele ser útil utilizar herramientas que aseguren que la información necesaria llegue a quienes tiene que llegar en tiempo y forma. Tal vez la más útil de estas herramientas sea la formalización de un chequeo antes de iniciar el procedimiento, el check

list quirúrgico; la comunicación durante el procedimiento; y una minireunión en el post quirúrgico inmediato.

### 2. Brindar feedback a los Cirujanos

Muchas veces los médicos y el personal de la organización no son conscientes de sus escasas habilidades interpersonales y de comunicación. Es por ello importante que la organización los ayude aportándole el feedback de aquellos a quienes trata en forma regular y constructiva.

Las instituciones pueden reunir este tipo de información de múltiples fuentes, incluyendo encuestas a pacientes y colegas, focus groups, observación directa, y quejas de pacientes o del personal. Más allá de cuál sea el mecanismo por el cual la organización reúne información acerca de la capacidad de comunicación de sus cirujanos, es importante que se comparta con el profesional esta información. Esto los alentará a participar en talleres de capacitación y mejorar su práctica incorporando los principios de la buena comunicación a su actividad diaria.

### 3. Capacitar en "Trabajo de Equipo"

Pocos resultados se obtendrán haciendo simplemente a los profesionales y personal del quirófano "trabajen en equipo". Un paso importante en la creación de equipos altamente efectivos radica en enseñar al personal a cómo ser parte de este equipo. Sin capacitación y entrenamiento, sólo serán grupos de personas que trabajan en el mismo lugar, pero no un verdadero equipo. La capacitación moldeará a este grupo de personas en una sola entidad que enfrentará problemas y trabajará junta en la atención del paciente.

### 4. Enfrentar comportamientos conflictivos

El quirófano es un ambiente lleno de potenciales situaciones,



## SEGURIDAD QUIRURGICA (continuación)

muchas de las cuales no pueden controlarse. Sin embargo, aquellas que sí pueden serlo, incluyendo el lenguaje verbal y gestual y el tono de voz de los miembros del equipo deben ser manejadas.

Por comportamiento conflictivo se entiende a cualquier conducta que afecte la tranquilidad necesaria que debe tener todo acto quirúrgico. Puede tratarse de una pelea, una sarta de improperios o incluso acciones agresivas, como empujones o maltrato al instrumental. Las organizaciones no debieran tolerar este tipo de comportamiento en quirófano, tolerancia "cero". Las mismas comprometen la seguridad del paciente, disminuyen la moral del personal y dificultan la comunicación del equipo.

### COMUNICACIÓN EFECTIVA EN LOS PASES DEL PACIENTE

Los profesionales y el personal de

quirófano deben interactuar con otras áreas. Básicamente con aquellas de donde proviene el paciente y el área hacia adonde va, ya se trate del piso, la guardia, terapia o el sector de admisión de cirugía ambulatoria.

### COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE QUIRÚRGICO

Generalmente la comunicación entre el paciente y el equipo quirúrgico es pobre. Los pacientes suelen quejarse del poco tiempo que dispusieron para hablar con el cirujano (menos todavía con el anestésista), que les quedaron preguntas por hacer y que muchas veces sólo tienen una idea vaga del procedimiento que se va a realizar y de lo que va a ocurrir en quirófano.

Para mejorar esta comunicación pueden aplicarse distintos abordajes. Uno de ellos puede ser la incorporación activa de enfermería al proceso. Son las enfermeras quienes tienen más contacto con el paciente tanto en el pre como en el postoperatorio.

Su interacción con el paciente brinda una gran oportunidad para que el paciente no sólo comparta expectativas

y preocupaciones sino también para recibir y re chequear información. Si la enfermera identifica algún dato que pueda ser de importancia para el equipo quirúrgico, debe tener la posibilidad de acceder fácilmente a sus integrantes.

### COMUNICACIÓN AL EQUIPO QUIRÚRGICO DE LOS RESULTADOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Las instituciones deben analizar cómo se están comunicando sus profesionales y departamentos antes, durante y después de la cirugía y crear los circuitos necesarios para que la información llegue a quienes tiene que llegar en forma oportuna.

## Seguridad en block Quirúrgico, check list, importancia, análisis, implementación.

La cirugía es una de las actuaciones más complejas de los servicios de salud. Más de 100 millones de personas requieren tratamiento quirúrgico cada año, se produce una cirugía cada 25 personas al año. Los problemas asociados con la seguridad en cirugía en países en desarrollo suponen la mitad de los efectos adversos evitables que conducen a muerte o discapacidad.

Las industrias con una percepción más alta de riesgo, tales como la aviación y las plantas nucleares, tienen unos estándares de seguridad mucho mejores que los servicios de salud. Hay una probabilidad de 1 por 1.000.000 de sufrir daño por volar en aviones, mientras que ésta es de 1 por 10 al recibir atención sanitaria.

Los beneficios económicos de mejorar la seguridad de los pacientes son muy convincentes. Los estudios realizados muestran que los costes adicionales asociados a hospitalización, infecciones, pérdidas de salarios, discapacidad y gastos médicos, suponen 29 billones de dólares al año.

La Alianza Mundial para la Seguridad

del Paciente ha creado la iniciativa **La cirugía segura salva vidas** como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico.

La iniciativa pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar cuestiones de seguridad importantes, como las prácticas inadecuadas de seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables o la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico.

Se ha comprobado que estos problemas son habituales, potencialmente mortales y prevenibles en todos los países y entornos.

Para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de sucesos de este tipo, la Alianza, con el asesoramiento de cirujanos, anestésistas, personal de enfermería, expertos en seguridad del paciente ha identificado una serie de controles de seguridad que podrían llevarse a cabo en cualquier quirófano.

El resultado ha sido la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía, 1ª edición, que tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre las distintas disciplinas clínicas.

### LA LISTA DE VERIFICACIÓN NO PRETENDE SER EXHAUSTIVA, SE RECOMIENDA COMPLETARLA O MODIFICARLA PARA ADAPTARLA A LA PRÁCTICA LOCAL.

"Así como el piloto de un avión debe contar con el personal de tierra, la tripulación de vuelo y los controladores del tráfico aéreo para lograr un vuelo seguro y exitoso, el cirujano es un miembro esencial, pero no el único, de un equipo responsable de la atención al paciente."

El objetivo final de la *Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía* es contribuir a garantizar que los equipos quirúrgicos adopten de forma sistemática unas cuantas medidas de seguridad esenciales, y minimicen así los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos.

## SEGURIDAD QUIRURGICA (continuación)

- ¿Qué implica el Check list?
- ¿Cómo impactará en la práctica quirúrgica?

Implica la coordinación del equipo quirúrgico – el cirujano, el anestesista y las enfermeras- en los controles de seguridad en las fases específicas de la atención perioperatoria:

Entrada (“Sign In”)

Pausa quirúrgica (“Time out”)

Salida (“Sign Out”)

Muchos de estos controles son rutinarios en muchas instituciones, muchos hospitales tienen checks en marcha. En muchos ambientes avanzados se realiza un “Time Out” donde el equipo confirma la identidad del paciente, procedimiento y sitio de la operación. Pero hasta ahora **no** ha habido una iniciativa global y que implique todos los aspectos básicos perioperatorios.

**El Checklist ayuda a hacer TODAS las cosas correctas, a TODOS los pacientes, TODO el tiempo.**

### Cómo aplicar el check list?

Debe haber una única persona encargada de aplicar y rellenar la *Lista de verificación* durante una operación.

Por lo general, ese “Coordinador de la lista” será un enfermero circulante, pero también podría ser cualquier clínico o profesional sanitario que participe en la operación

Casi todos los pasos serán confirmados verbalmente por el personal que corresponda, con el fin de garantizar la realización de las acciones clave.

Durante la “**Entrada**”, es decir, antes de la inducción de anestesia, el Coordinador de la lista confirmará verbalmente con el paciente (si es posible) su identidad, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como su consentimiento para ser operado.

Confirmará visualmente que se ha delimitado el sitio quirúrgico (si procede) y que el paciente tiene colocado un pulsioxímetro que funciona correctamente.

Revisará verbalmente con el anestesista el riesgo de hemorragia, de dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente, y si se ha llevado a cabo

una comprobación de la seguridad del equipo de anestesia.

Sería ideal que el cirujano estuviera presente durante esta fase, pero no imprescindible.

“La Entrada ha de completarse antes de la inducción de la anestesia, con el fin de confirmar la seguridad del procedimiento.”

Si el paciente no pudiera confirmar identidad, tipo de intervención y localización quirúrgica, como por ejemplo en el caso de niños o pacientes incapacitados, puede asumir esta función un familiar o tutor.

En caso de que no esté presente el tutor o un familiar y se omite este paso, por ejemplo en una emergencia, se dejará sin marcar la casilla correspondiente.

El Coordinador de la lista debe confirmar que el cirujano que va a realizar la operación ha marcado el sitio quirúrgico (por lo general con un rotulador) en los casos que impliquen lateralidad (distinción entre izquierda y derecha) o múltiples estructuras o niveles (p. ej. un dedo, una lesión cutánea o una vértebra en concreto).

### **CONTROL DE ANESTESIA**

El Coordinador pedirá al anestesista que confirme que se ha realizado un control de la seguridad de la anestesia, entendido como:

- una inspección formal del instrumental anestésico,
- de la medicación y
- del riesgo anestésico del paciente antes de cada intervención.

El Coordinador de la lista confirmará que al paciente se le haya colocado antes de la inducción de la anestesia un pulsioxímetro que funcione correctamente.

### **PAUSA**

En la “**Pausa quirúrgica**”, cada miembro del equipo se presentará por su nombre y función. Si ya han operado juntos una parte del día, pueden confirmar simplemente que todos los presentes en la sala se conocen.

Esta fase es importante hacerla de la forma más natural posible para evitar la hilaridad y que no se siga el resto del listado de forma rigurosa.

El equipo se detendrá justo antes de la incisión cutánea para confirmar en voz alta que se va a realizar la operación correcta en el paciente y el sitio correctos.

Por ejemplo, el enfermero circulante anunciará “*Hagamos la pausa quirúrgica*” y añadirá “¿Estamos todos de acuerdo en que este es el paciente *fulanito*, al que vamos a operar de una hernia inguinal derecha?”.

La casilla no deberá marcarse hasta que el anestesista, el cirujano y el enfermero circulante hayan confirmado de forma explícita e individual que están de acuerdo.

Si el paciente no está sedado, es conveniente obtener también su confirmación.

A continuación los miembros del equipo revisarán verbalmente entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía las preguntas de la *Lista de verificación*.

*El cirujano, además debe prever la duración de la intervención.*

*En caso de una anestesia y paciente sin complicaciones es suficiente que el anestesista confirme que no presenta problemas especiales.*

El instrumentista, debe confirmar verbalmente que se han esterilizado y que, en el caso del instrumental esterilizado por calor, se han verificado los indicadores de esterilidad. Cualquier discrepancia entre los resultados esperados y los resultados reales de los indicadores de esterilidad deberá comunicarse a los miembros del equipo y solucionarse antes de la incisión.

Este momento ofrece también la oportunidad de hablar de cualquier problema relacionado con el instrumental y equipos u otros preparativos para la intervención.

También de aclarar cualquier duda sobre la seguridad que puedan tener el instrumentista o el enfermero circulante, en particular aquellas que no hayan sido tratadas por el cirujano y el equipo de anestesia.

Si no hay cuestiones especiales, el instrumentista puede decir sencillamente: “*Esterilidad comprobada. Ninguna duda al respecto.*”



## SEGURIDAD QUIRURGICA (continuación)

Confirmarán si se han administrado **antibióticos** profilácticos en los 60 minutos anteriores.

Si no se hubieran administrado antibióticos profilácticos, deben administrarse en ese momento, antes de la incisión.

Si se hubieran administrado más de 60 minutos antes, el equipo debe considerar la posibilidad de administrar una nueva dosis; si no se administra, la casilla se dejará en blanco.

Cuando la profilaxis antibiótica no esté indicada (si no hay incisión cutánea o en casos de contaminación ya tratados con antibióticos), se marcará la casilla "no procede"

El coordinador de la lista preguntará al cirujano si el caso requiere algún estudio de **imagen**.

De ser así, el Coordinador confirmará verbalmente que dichas imágenes están en el quirófano y en lugar bien visible para que puedan utilizarse durante la operación.

Sólo entonces se marcará la casilla.

Si se necesitan imágenes pero no se dispone de ellas, deben conseguirse.

El cirujano será quien decida si opera o no sin el apoyo de esas imágenes cuando sean necesarias pero no estén disponibles; si se decide a operar, la casilla se dejará sin marcar.

Si no se necesitan imágenes se mar-

cará la casilla "no procede".

La fase de "**Salida**" puede iniciarla el enfermero circulante, el cirujano o el anestesista, y debe llevarse a cabo antes de que el cirujano abandone el quirófano.

Puede coincidir, por ejemplo, con el cierre de la herida.

Una vez más, las casillas sólo se marcarán cuando el Coordinador haya confirmado que el equipo ha abordado cada punto de la lista.

En la "**Salida**", todos los miembros del equipo revisarán la operación llevada a cabo, y el enfermero confirma verbalmente con el equipo el nombre del procedimiento realizado

Dado que el procedimiento puede haberse modificado o ampliado en el curso de la operación, el Coordinador de la lista confirmará con el cirujano y el resto del equipo el procedimiento exacto que se haya realizado.

Puede hacerse a modo de pregunta: "*¿Qué procedimiento se ha realizado?*" o a modo de confirmación: "*Hemos llevado a cabo la intervención X, ¿no es así?*"

### **Recuento de gasas e instrumental:**

El olvido de instrumentos, gasas y agujas es un error poco común, pero que sigue ocurriendo y puede resultar catastrófico.

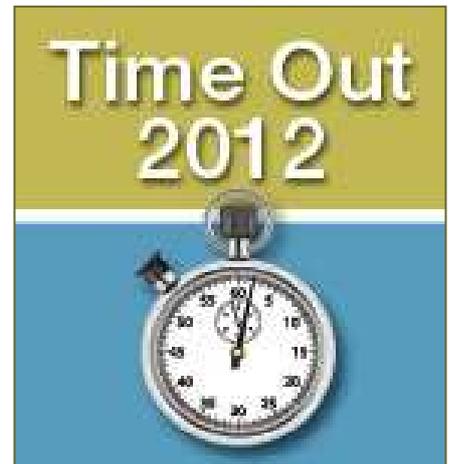
El enfermero circulante o el instru-

mentista deberán por tanto confirmar verbalmente la exactitud del recuento final de gasas y agujas.

En caso de que se haya abierto una cavidad también deberá confirmarse el recuento exacto del instrumental.

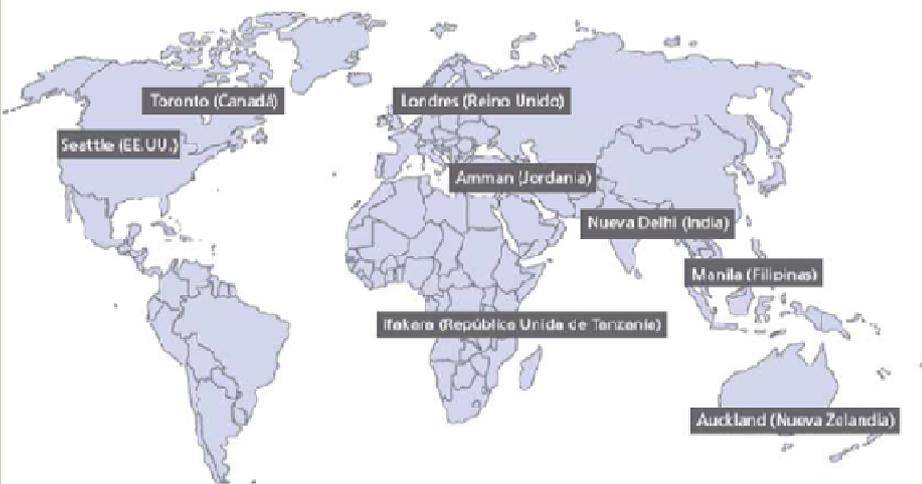
Si los recuentos no concuerdan, se alertará al equipo para que se puedan tomar las medidas adecuadas (como examinar los paños quirúrgicos, la basura y la herida o, si fuera necesario, obtener imágenes radiográficas).

Por último, antes de que el paciente salga del quirófano, repasarán los planes y aspectos principales del tratamiento posoperatorio y la recuperación.



## Experiencia Internacional en Seguridad Quirúrgica

### El Checklist se pilotó en 8 ciudades



Entre octubre de 2007 y setiembre de 2008, ocho hospitales de ocho ciudades (Toronto, Canadá, Nueva Delhi, India, Amman, Jordania, Auckland, Nueva Zelanda, Manila, Filipinas; Ifakara, Tanzania, Londres, Inglaterra, y Seattle, WA), que representan variedades diferentes de circunstancias económicas, geográficas y sociales han participado del estudio de Prácticas Quirúrgicas Seguras de la Organización Mundial de la Salud. Se realizó un estudio de preintervención y postintervención en los ocho hospitales, se recogieron en forma prospectivos los datos sobre los procesos y resultados clínicos de los pacientes que fueron sometidos a cirugía no cardíaca, mayores de 16 años. El estudio abarcó la tasa de complicaciones, incluyendo la muerte →



# Traspaso de Pacientes

## Uso de herramienta SAER



La organización Mundial de la Salud, a través del boletín de mayo del 2007 referente a “Preámbulo para soluciones a la seguridad del Paciente”, incorpora en el punto 3, la Comunicación durante el Traspaso del Paciente, como uno de los puntos a resolver por las instituciones, que prestan Asistencia Sanitaria.

Durante un episodio de enfermedad o un periodo de atención, un paciente podría, potencialmente, ser tratado por una serie de facultativos médicos y especialistas en múltiples entornos, incluyendo atención primaria, atención ambulatoria especializada, emergencia, atención quirúrgica, cuidados intensivos y rehabilitación.

En forma adicional, los pacientes se moverán a menudo entre áreas de diagnóstico, tratamiento y atención en forma regular, y podrán encontrarse con cuatro turnos de enfermería por día; suponiendo esto un riesgo de seguridad para el paciente en cada intervalo.

La comunicación entre las unidades y entre los equipos de atención en el momento del traspaso podría no incluir toda la información.

Estas brechas en la comunicación pueden provocar graves interrupciones en la continuidad de la atención, un tratamiento inadecuado y un daño potencial para el paciente.

Gracias a otras industrias de alto riesgo, como las de aviación y energía nuclear se están aprendiendo lecciones sobre como mejorar los traspasos.

Una de esas lecciones es la necesidad de contar con un idioma común para comunicar la información crucial.

La incorporación de técnicas de informes de situación tales como el proceso SBAR (del inglés: situación, antecedentes, evaluación y recomendación, por lo que en español se puede abreviar como SAER) puede proporcionar un marco estándar para la comunicación en el momento de traspasos de atención de pacientes.

Simplemente proporcionando oportunidades para que los prestadores

de atención hagan preguntas y las resuelvan puede mejorar la efectividad de las comunicaciones en el momento del traspaso.

De acuerdo a “Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente” de la OMS de mayo del 2007, se sugiere como medida de solución a este problema, el “Asegurar que las organizaciones de atención sanitaria implementen un enfoque estandarizado para la comunicación entre el personal en el momento del traspaso, los cambios de turno y entre distintas unidades de atención al paciente en el transcurso de la transferencia de un paciente”.

Entre los elementos sugeridos se incluyen:

- el uso de la técnica SAER,
- la asignación del tiempo suficiente para comunicar información importante y para que el personal formule y responda preguntas sin interrupciones, siempre que sea posible (en el proceso de traspaso deberían incluirse pasos de repetición y relectura)

La técnica SAER es una estrategia que facilita la transferencia de la información en situaciones complejas, cuando se requiere de atención inmediata o de una acción. Clarifica qué tipo de información debe ser comunicada entre los miembros de un equipo, por lo que mejora el trabajo dentro de éste y coadyuva al desarrollo de una cultura de seguridad en las instituciones.

La **Situación** se refiere a lo que está pasando con el paciente; el **Antecedente**, refiere a cuales son las condiciones previas y el contexto en que el paciente se encuentra; la **Evaluación** son las consideraciones de quien está transfiriendo la información sobre el problema que estamos enfrentando, por último la **Recomendación** es aquello que se debería hacer, dada la situación, para corregir el problema.

El proceso descrito asegura compartir una información concisa y focalizada mediante una comunicación asertiva y efectiva. Reduce las repeticiones. Cuando se utiliza SAER, per-

mite especificar las tareas que se deben priorizar, los planes a futuro que hay que desarrollar y los pacientes que deberán ser reevaluados.

SAER integra la lista de recomendaciones de la OMS, es utilizada en el Sistema de Salud del Reino Unido y promovida por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (Comisión de Acreditación de las Organizaciones de Atención Médica), para mejorar la comunicación, estandarizando la misma en las distintas transiciones del cuidado. Es importante incorporar entrenamiento en esta forma de transferencia de la información, tanto en la educación de pregrado, como en el desarrollo profesional continuo.

### CARACTERISTICAS DEL SISTEMA SEAR

Es un mecanismo para facilitar la transferencia de información en situaciones complejas, cuando se requiere de atención inmediata o acción.

Clarifica que tipo de información debe ser comunicada (y como) entre miembros del equipo de salud.

Mejora el trabajo en equipo

Desarrolla la “cultura de seguridad” de las instituciones

**Al momento de traspaso de un paciente, se hará utilizando la nemo-tecnia SAER, en el cual el que recibe la información puede escribirla, luego realiza una devolución de lo entendido repitiendo lo entendido, con lo cual se asegura que la información fue recibida correctamente.**

Se recomienda para el caso del personal de enfermería, disponer siempre de 15 minutos en cada servicio, al momento del pase de guardia, en el cual el personal de enfermería, realizara el mismo, siendo interrumpido solamente por situaciones asistenciales de emergencia.

En ese lapso no se recomienda:

- visitas a sala del personal medico
- nuevos ingresos a salas de internación, y los médicos deben respetar el

# Traspaso de Pacientes (continuación)

pase de guardia de enfermería, no interrumpiendo el mismo.

Se utilizara el sistema SEAR, utilizando esta nemotecnia como forma de trabajo (figura 1-2).

FIGURA 1

## 1) Situación:

Que está pasando con el paciente:

- Identifíquese
- Paciente: nombre, apellidos. Cama no se recomienda
- Describa el problema brevemente (motivos de ingreso): cuál es, cuándo empezó, cuán severo.

## 2) Antecedentes

Cuáles son las condiciones previas y el contexto?:

- Diagnóstico y fecha de ingreso
- Medicación que recibe
- Signos vitales recientes
- Resultados de paraclínica
- Otra información clínica útil

## 3) Evaluación

- Cual considero yo que es el problema?:
- Cual es su evaluación de la situación? Impresión de la situación del paciente

## 4) Recomendaciones

Que habría que hacer dada la situación para corregir el problema

- Estudios pendientes o Interconsultas
- Procedimientos pendientes
- Tratamientos pendientes
- Plan de cuidados de enfermería

El funcionario saliente le informa del pase de guardia al entrante, y este ultimo repite lo escuchado por el saliente como forma de asegurar la comprensión, y realiza las preguntas que le sean necesarias para aclarar cualquier situación.

También deben contemplarse algunos criterios que definen la forma de comunicación de datos vía telefónica, en donde se solicita haber cumplido con una serie de pasos, para lograr que la comunicación sea efectiva, y

que realmente los datos que se aportan sean lo mas correctos posibles y ajustados al estado clínico del paciente (figura 3)

El 30 de agosto del 2011, el Ministerio de Salud Publica, realizó el lanzamiento de la Herramienta SAER, para mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud en el curso de la atención sanitaria.

En lo que a nuestra Institución refiere, la Comisión de Seguridad del Paciente, elaboró en el año 2011, el Protocolo de Traspaso del Paciente,

el cual fue aprobado por la Junta Directiva y la Dirección Técnica en diciembre del 2011. Queda pendiente la capacitación del personal, que comenzara a utilizarlo, y luego el uso del mismo. En ese sentido, en la revisión del año 2012, que se esta realizando del Manual de Procedimientos de Enfermería de Emergencia, ya esta incluido el Protocolo, y una vez terminada la revisión se comenzara a utilizar en este servicio.

## La Técnica SAER (SBAR).

FIGURA 2

### Situación

Identifíquese

Paciente : nombre, edad. Sala

Describa el problema brevemente: cual es, cuando empezó, cuan severo

### Antecedente (lo relevante)

Diagnostico y fecha de ingreso

Medicación que recibe

Signos vitales recientes

Resultados de paraclínica (dif. con previos)

Otra información clínica útil

### Evaluación

Cual es su evaluación de la situación?

### Recomendaciones

Por ejemplo

• Ingreso a CTI

• Debe ser visto por Ud. ahora

• Realizar un ECG, gasometría , etc

Devolución

Repetir la información recibida → asegurar la comprensión

FIGURA 3

## SBAR: Antes de Comunicarse (por teléfono)

1. Haber visto y evaluado el paciente personalmente
2. Discutirlo con el "supervisor" si está disponible
3. Revisar la historia y asegurarse a quien tengo que llamar
4. Conocer el diag de ingreso y la fecha
5. Haber leído las evoluciones más recientes y s/t del Turno anterior (Nurses)
6. Al hablar tener disponibles:
  - Historia
  - Medicación que recibe
  - Alergias
  - Signos vitales recientes (!!)
  - Ultima paraclínica disponible

# Protocolo Para el Cuidado De Pacientes Con Drenaje De Tórax.

Lic. Enfermería Graciela Ravera Jefe Departamento de Enfermería (Revisión 2012)

Lic. Enfermería Gladys Minondo Adjunta Departamento Enfermería

Lic. Saira Silvera Comité de Calidad (Revisión 2012)

El presente artículo, es tomado del Manual de Procedimientos de Enfermería de la Cooperativa Médica de Rocha.  
Pueden acceder en forma completa al Manual de Procedimientos de Enfermería de COMERO a través de la pagina del COSEPA en : <http://cms.cosepa.webnode.com.uy/biblioteca-virtual/>

## 1. OBJETIVOS DE ACCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE LA COLOCACIÓN DEL DRENAJE

Mantener al paciente seguro y tranquilo

Preparar el equipo necesario para la colocación y trasladarlo al lado del paciente

Mantener una técnica aséptica durante todo el procedimiento

Colaborar con el médico (casi siempre cirujano)

### ENFERMERÍA CON EL PACIENTE

Si está en condiciones explicarle lo que se le va a hacer.

Control de PA, FC, FR, ruidos respiratorios y el dolor. Si es necesario avisar al médico.

Colocar al paciente sentado o semi sentado, considerando dejar espacio para trabajar, el equipo humano y material

### EQUIPO NECESARIO

- Mesa o carro de curaciones para llevar el material lo más cerca posible al paciente. Facilitando el espacio para trabajar.
- Bandeja de drenaje de tórax
- Xilocaína o lidocaína al 1% (anestésico local)
- Jeringa de 10 o 20ml
- Agujas s/c
- Guantes estériles (del número del cirujano)
- Antiséptico (chemicid - clorhexidina)
- Vicril 1 – 2 paquetes
- Nylon 2 paquetes
- Frasco graduado de drenaje (fijarse que tenga la varilla que va debajo del agua)
- Agua o suero estéril 1 litro
- Alargue o conector de drenaje de tórax
- Tubos de drenaje, lo que el cirujano use de elección: tubo fenestrado o trocar torácico de diferentes números de acuerdo al paciente (para

niños 10-12-14; para adultos 20-22-24)

- Hoja de bisturí
- Leuco
- Riñón
- Bandeja
- 2 pinzas recubiertas

### ENFERMERIA, ACCION EN EL PROCEDIMIENTO

- Lavado de manos
- Llevar el equipo al lado del paciente
- Ayuda al médico a vestirse: primero túnica, segundo guantes
- Abre envoltura externa de bandeja de tórax, de ahí el médico retira gases y realiza desinfección
- No toca nada de adentro de la bandeja
- Abre y alcanza la jeringa
- Desinfecta tapón de xilocaína y la expone para cargar el anestésico
- Entrega aguja para realizar infiltración del anestésico
- Observa y prevé lo que el médico va haciendo para alcanzar lo que va a usar, depositando en forma aséptica sobre la bandeja estéril, por ejemplo coloca el trocar elegido o la tubuladura fenestrada
- Mientras el médico infiltra y luego abre la piel, le colocamos suero o agua estéril al frasco de tórax hasta la marca, verificando que la varilla que se conecta al drenaje del paciente quede de 2 a 3cc por debajo del agua, luego, si lo que usó es un trocar torácico le colocamos el alargue conector, si es una tubuladura fenestrada adapta directamente. LA ACCIÓN MÁS IMPORTANTE ES COLOCAR EL ALARGUE QUE VA AL DRENAJE DE TORAX EN LA ENTRADA DE LA VARILLA QUE VA BAJO AGUA Y DICE PACIENTE.
- Cuando el médico nos solicita el frasco, entregamos el mismo con cuidado, que no pierda la esterilidad.
- Entregamos manteniendo esterilidad, sutura para cierre, vicril 1 y nylon 2-0

- Ayudamos a dejar cómodo y seguro al paciente y al drenaje recién colocado
- Nos aseguramos de que el drenaje oscile y barbote
- Educamos al familiar que cuide el drenaje de acciones que puedan provocar los accidentes con el drenaje: rotura del frasco o salida del tubo.
- Retiramos el equipo, dejamos todo en condiciones y reponemos el material utilizado
- Lavado de manos
- Registro del procedimiento en la historia clínica: qué se hizo, qué drenó, cómo lo toleró y si hubo alguna situación durante el procedimiento que deba ser registrado.

## 2. CUIDADOS DEL PACIENTE CON DRENAJE DE TÓRAX

Objetivos de enfermería:

- Saber qué función cumple y verificar si la cumple, chequear que debe drenar, si drena aire, sangre o ambos
- Mantener el drenaje intacto – permeable – bajo agua
- Mantener longitud del drenaje que no ocasione acodamientos o rulos que impidan el drenado adecuado
- Chequear periódicamente curación y zona circundante del drenaje, ver signos de infección o enfisema subcutáneo.
- Valorar signos vitales, valorar cambios y avisar
- Valorar sistema respiratorio, frecuencia, características, secreciones, ruido y movimientos respiratorios
- Todos los días hora 8 o cada vez que sea necesario medir gasto y características de lo drenado
- El cambio de frasco se realiza si lo indica el médico tratante o si se llenó el que está colocado
- Insistir en que el paciente respire hondo y tosa

# Protocolo Para el Cuidado De Pacientes Con Drenaje De Tórax (continuación)

- El frasco debe permanecer por debajo del tórax
- El traslado de un paciente con un drenaje de tórax debe realizarse entre dos personas
- EL EXTREMO DE LA VARILLA QUE VA AL PACIENTE DEBE ESTAR SIEMPRE BAJO AGUA

### 3. CAMBIO DE FRASCO

- Reunir el equipo y llevarlo al lado del paciente: frasco, pinzas, agua estéril o suero estéril, guantes, gasas, leuco.
- 2 operadores, si es uno, primero se prepara el frasco con agua
- Llevar el equipo al lado del paciente
- Lavado de manos
- Explicar al paciente el procedimiento
- Colocarse los guantes
- Se abre el frasco, se coloca el agua hasta la línea indicadora, la varilla debe quedar de 2 a 3 cm por debajo del agua
- Se clampea el tubo en la parte más distal, con las puntas contrapuestas (pinzas recubiertas que no rompan el drenaje)
- Se desconecta el frasco y se conecta el nuevo
- VERIFICAR QUE SE CONECTÓ EN EL ORIFICIO QUE DICE PACIENTE
- CHEQUEAR LA HERMETICIDAD DEL SISTEMA
- DESPINZAR LAS PINZAS
- NO OLVIDAR QUE EL TUBO NO

DEBE PERMANECER CLAMPEADO POR MÁS DE UN MINUTO

- Dejamos cómodo al paciente
- Se mide y se ven características del líquido
- Descartamos el líquido
- Se lleva el material al centro de materiales
- Se acondiciona el resto del material
- Lavado de manos
- Se registra en la historia clínica
- Mantener la observación visual del paciente y su drenaje, y tomar las medidas necesarias de acuerdo a la valoración de enfermería

### 4. PARA RETIRAR EL DRENAJE

Equipo: gasas, leuco, americana, bisturí, riñón

Lavado de manos

Se lleva el material al lado del paciente y se le explica el procedimiento

Se retiran los puntos, se comprime sobre el drenaje

Se solicita al paciente inspiración profunda y en la espiración se retira

Se deja cura compresiva

Se realiza controles vitales

Se deja el ma-

terial en orden

Se registra en historia clínica

Se mantiene la observación y valoración de enfermería

## 5. ACCIDENTES

### 1. Rotura del frasco

Colocar el extremo del tubo bajo agua (puede ser una palangana)

Controles vitales

Permanecer al lado del paciente

### 2. Salida del tubo

Comprimir fuertemente sobre el orificio del drenaje con lo que tengamos, gasa, compresa, sábana

Se puede colocar una curación con nylon (un rectángulo) sobre el orificio de drenaje que se salió, cerrar con leuco tres de sus lados y dejar un lado abierto

Permanecer al lado del paciente, valorar y ver su evolución mientras otra persona llama al médico lo antes posible

Luego de superada la emergencia llame al médico tratante, si no fue él el que resolvió la emergencia.





**Comisión de Seguridad del Paciente y Prevención Del Error en Medicina**  
cosepa.comero.rocha@gmail.com — web: cosepa.webnode.com.uy

**COSEPA COMERO**

**Correo electrónico:**

cosepa.comero.rocha@gmail.com

**Página Web:**

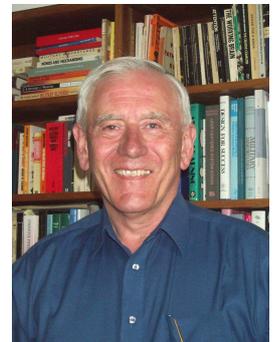
http://cosepa.webnode.com.uy/

**Lugar de reuniones:**

**Sanatorio Rochense, días**  
**Jueves hora 09:30, sala**  
**de reuniones**

**“ Los servicios de salud son más complejos que ninguna otra industria en términos de relaciones, tipos de especialistas, subespecialistas, tipos de personal.... Cuánto más complejo es un sistema, más probabilidades hay de que tenga fallos.”**

**Profesor James Reason**  
**Profesor del Departamento de Psicología de la Universidad de Manchester, Reino Unido**



**Integración de la Comisión en COMERO**

Dr. Fernando Ravera

Dr. Mauricio Moreno

Dr. Jorge Domínguez

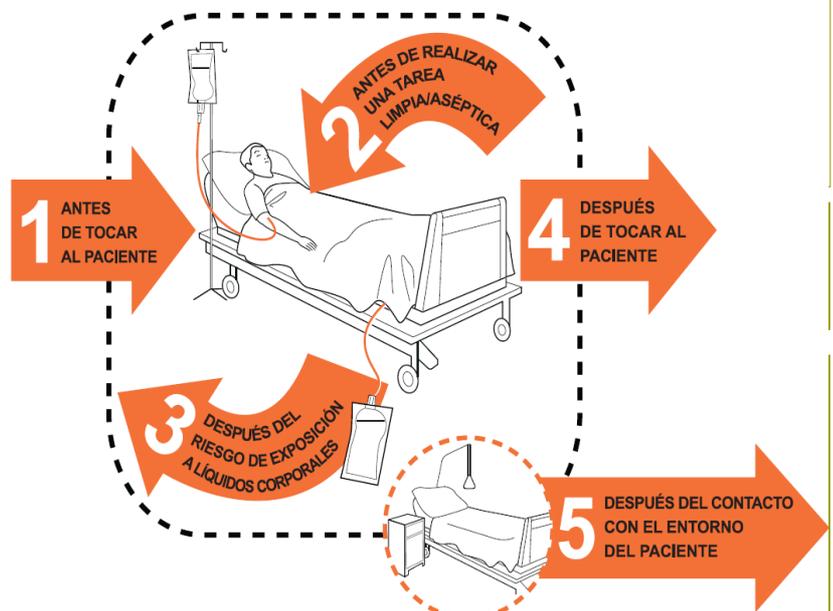
Lic. Enfermería Graciela Ravera

Lic. Enfermería Noelia Sollmann

Lic. Enfermería Saira Silvera

Lic. Enfermería Fabián Fernández

**Sus 5 Momentos**  
**para la Higiene de las Manos**



**Titulares Próxima Edición**

- Siniestralidad Vial
- Filosofía Kaizen, las 5 Eses.
- Protocolos de Enfermería: Curaciones
- Artículos de Interés